

Proof of Claim: <CLAIM NUMBER>

17839

Claimant: >CLAIMANT NAME<

Milita R León Hernández

INFORMATION REQUESTED TO PROCESS YOUR CLAIM**Instructions**

Please answer all four (4) questions and any applicable sub-questions. Please include as much detail as possible in your responses. Your answers should provide more information than the initial proof of claim. For example, if you previously wrote as the basis for your claim "Ley 96," please elaborate as to the specific laws on which you are purporting to rely, the year the law at issue was enacted, and how and why you believe such particular law provides a basis for your claim. Additionally, if available and applicable to your claim, please provide:

- Copy of a pleading, such as Complaint or an Answer;
- Any unpaid judgment or settlement agreement;
- Written notice of intent to file a claim with proof of mailing;
- Any and all documentation you believe supports your claim.

Please send the completed form and any supporting documents via email to PRClaimsInfo@primeclerk.com, or by mail or hand delivery to the following address:

Commonwealth of Puerto Rico Supplemental Information Processing Center
c/o Prime Clerk, LLC
850 Third Avenue, Suite 412
Brooklyn, NY 11232

RECEIVED & FILED
2020 SEP 15 PM 3:39

Questionnaire

1. What is the basis of your claim?

A pending or closed legal actions with or against the Puerto Rico government

☒ Current or former employment with the Government of Puerto Rico

☐ Other (Provide as much detail as possible below. Attach additional pages if needed.)

2. What is the amount of your claim (how much money do you claim to be owed):

3. **Employment.** Does your claim relate to current or former employment with the Government of Puerto Rico?

☐ No, Please continue to Question 4.

☒ Yes, Answer Questions 3(a) – (d).

3(a). Identify the specific agency or department where you were or are employed:

Departamento de Salud Mental (AMSCA) - Ponce, P.R., E.A.

3(b). Identify the dates of your employment related to your claim:

Desde 1 de marzo de 1971 hasta 30 de junio 1999

3(c). Last four digits of your social security number:

2925

3(d). What is the nature of your employment claims (select all applicable):

☐ Pension

☒ Unpaid Wages

☐ Sick Days

☐ Union Grievance

☐ Vacation

☐ Other (Provide as much detail as possible. Attach additional pages if necessary).

Ley 124-1973 - Aumento Sueldo, Ley 89-1979 - Retrib. Unif. y
Ley 89-1995 - El Romerazo.

4. Legal Action Does your claim relate to a pending or closed legal action?

☒ No

☐ Yes

4(a). Identify the department or agency that is a party to the action.

D/A

4(b). Identify the name and address of the court or agency where the action is pending:

D/A

4(c). Case number: D/A

4(d). Title, Caption, or Name of Case: D/A

4(e). Status of the case (pending, on appeal, or concluded): D/A

4(f). Do you have an unpaid judgment? Yes/No (Circle one)

If yes, what is the date and amount of the judgment? D/A

RECLAMANTE: Milita R. León Hernández

NUMERO DE PROCEDIMIENTO 17 BK 3283 - LTS

NUMERO DE RECLAMACION: 49839

Numero de celular: 787-316-6862

Reclamación de dinero adeudado de leyes aprobadas que me competen por mis años de servicio desde el 1 de marzo de 1971 hasta el 30 de junio de 1999 como Mensajero II en Departamento Salud Mental AMSCA Ponce, Puerto Rico de la ~~Puerto Rico Telephone Company~~ - ELA.

~~1. Ley 89 julio 1995 - ROMERAZO~~

~~CANTIDAD \$~~

Así como otras leyes que me apliquen y no se me otorgo la compensación correspondiente.

Le agradezco la atención sobre este asunto.

Atentamente,

Milita R. León Hernández
Nombre en letra de molde

Milita R. León Hernández
Firma y fecha

09/12/2020

Cantidad
Adeudada

- ① Ley 124 Julio 1973 - Aumento sueldo
- ② Ley 89 Julio 1979 - Retribución Uniforme
- ③ Ley 89 Julio 1995 - Romerazo

\$ 31,200.00
\$ 24,000.00
\$ 4,800.00

Total = \$ 60,000.00

RECLAMANTE Milita R. León Hernández

DIRECCIÓN Haciendas del Río
57 Calle El Jibarito
Coamo, Puerto Rico

00769

Numero Reclamación 49839

Fecha de presentación (envío) 12 de septiembre de 2020

Deudor Commonwealth of Puerto Rico

Por este medio incluyo con mi reclamación presentada el 12 de septiembre de 2020 lo siguiente:

- Departamento de Salud Mental - AMSCA
1. Evidencia de trabajo de Puerto Rico Telephone Company en Ponce, Puerto Rico - ELA, como Mensajero II desde el 1 de Marzo de 1977 hasta el 30 de Junio de 1999. (ver evidencia adjunta)
 2. El monto adeudado en mi reclamación es de \$ 60,000.00

Muchas gracias por la pronta atención a mi petición.

Cordialmente,

Milita R. León Hernández
Nombre en letra de molde

Milita R. León Hernández 09/12/2020
Firma y fecha

REPLICA DE OBJECCION GLOBAL

I. DATOS DE CONTACTO

Nombre Milita R. León Hernández

Dirección Postal Haciendas del Río
57 Calle El Jibarito
Caguas, Puerto Rico 00769

Teléfono de contacto res. 787-316-6862 cel. _____

II. Epígrafe

A. Secretaria (Clerk's Office)

Tribunal de Distrito de los Estados Unidos
Room 150 Federal Building
San Juan Puerto Rico 00918-1767

B. Estado Libre Asociado de Puerto Rico y otros (Deudores)

C. Número de Procedimiento: 17 BK 3283 – LTS

D. Objeción Global referente a la solicitud de dineros no pagados por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico:

Número de las evidencias por reclamo:

Ley 124 Aumento Sueldo Julio 1973
#49762 - Ley #89 – Romerazo - Efectiva en 1 de julio de 1995
Ley 89 Retrib. unif. Julio 1979
#94057 - Ley de Escala Salarial - Pasos, del 6 de junio de 2008

#96621 – Ley #96 (2002) del Dr. Pedro Rosello – efectivo julio de 2002
Ley #164 (2004) de la Sra. Sila Calderón - efectiva enero 2004

III. El Tribunal no debe declarar la Objeción Global, debido a que son dineros adeudados mediante la aprobación por el gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de las siguientes leyes:

Ley 124 Aumento Sueldo Julio 1973
Ley 89 Romerazo – Efectiva en 1 de julio de 1995
Ley 89 Retrib. unif. Julio 1979
Ley de Escala Salarial – Pasos del 6 de junio de 2008

Ley #96 (2002) del Dr. Pedro Rosello – efectivo julio de 2002

Ley #164 (2004) de la Sra. Sila M. Calderón efectiva enero 2004

IV. Documentación Justificativa

Se incluyen documentos que evidencian los años de servicio con ~~Puerto Rico Telephone Company~~ ^{Departamento de Salud Mental (AMS)} Ponce, Puerto Rico desde el 1 de marzo de 1971 hasta el 30 de junio de 1999. Culmine mi laborar como Mensajero II Departamento de Salud Mental en ~~Puerto Rico Telephone Company~~, Ponce, Puerto Rico, ELA. Se esta reclamando por las leyes aplicables que cubren estos años de servicio ~~educativo~~.

Se incluyen documentos que evidencian este reclamo.


Debido a la reciente situación de emergencia por terremotos y COVID-19 en Puerto Rico, se están enviando las réplicas en esta fecha. De necesitar información o documentos adicional, favor comunicarse con la que suscribe.


Milita R. León Hernández
Nombre en letra de molde

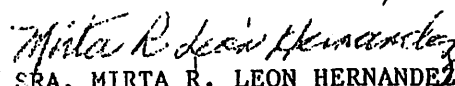
Milita R. León Hernández 09/12/2020
Firma

11 de junio de 1999

JOSE A. ACEVEDO MARTINEZ, PH.D.
ADMINISTRADOR
ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE
SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCION
SAN JUAN, P.R.


AMERICO OMS, M.D.
DIRECTOR MEDICO
HOSPITAL DE SIQUIATRIA
PONCE, P.R.


LIC. FRANCISCO MATOS
ADMINISTRADOR
HOSPITAL DE SIQUIATRIA
PONCE, P.R.


SRA. MIRTA R. LEON HERNANDEZ
DEPTO. DE FARMACIA

Efectivo al 30 de junio de 1999, deseo presentar mi renuncia al puesto que ocupo como Mensajero II, en el Hospital de Siquiatria de Ponce.

Esta es con motivo de mi participación de la Ley #182, para el Retiro Temprano.

Deseo expresar mi agradecimiento por la oportunidad que me brindaron para trabajar en la institución.

cf. Lcda. Blanca R. Burgos
Supervisora
Depto. de Farmacia

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO OFICINA DE PERSONAL SAN JUAN, PUERTO RICO NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO Y JURAMENTO							2. Cert. Núm. Circ. 123															
1. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>A. F.</th> <th>Fondo</th> <th>Agencia</th> <th>Div.</th> <th>Sub. Div.</th> <th>Asig.</th> <th>Objeto</th> </tr> <tr> <td>71</td> <td>111</td> <td>73</td> <td>11</td> <td>---</td> <td>75</td> <td>111</td> </tr> </table>							A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asig.	Objeto	71	111	73	11	---	75	111	3. Autorización Núm.	
							A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asig.	Objeto									
71	111	73	11	---	75	111																
INSTRUCCIONES: Use este formulario para informar todo nombramiento en el Servicio por Oposición y en el Servicio sin Oposición. Use un formulario para cada nombramiento. La Agencia utilizará este formulario para notificar la fecha en que el empleado comenzará a prestar servicios. Por consiguiente, no debe ser sometido antes de la persona empezar a trabajar. El apartado 16 "Juramento" deberá ser firmado por el empleado en el espacio provisto. Si la persona nombrada no tiene el Historial Personal (Formulario OP-1) radicado en la Oficina de Personal, dicho formulario deberá ser sometido conjuntamente con esta Notificación de Nombramiento. Además, este formulario deberá venir acompañado del Examen Médico (Formulario OP-12) y del acta de nacimiento de la persona nombrada. Prepare cuatro copias de este formulario y someta tres a la Oficina de Personal con los documentos estipulados. Para nombramiento de emergencia no se requiere Historial Personal, Examen Médico ni acta de nacimiento. La cuarta copia es para sus archivos.							4. Fecha: 8 de septiembre 1970															
							5. Nombre del Empleado: Marcos, Marta M. (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) Si se trata de una mujer casada siga este orden: (1) Apellido paterno seguido de la preposición "DE" (2) Apellido del esposo y (3) Nombre		6. Dirección: H.F.C. #3 Box 202 S Ponce, Puerto Rico													
7. Agencia, Negociado o División, Sección o Unidad: Salud Negda. de Salud Otto. Salud en Hosp. Gila. Case																						
8. Título de Clasificación: Mensajero Símbolo: 0010-02 Puesto Núm.: 1119 Prev. 432			9. Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input checked="" type="checkbox"/> Mujer																			
10. Clase de nombramiento: <input type="checkbox"/> Probatorio <input type="checkbox"/> Transitorio <input checked="" type="checkbox"/> Provisional Circ. 123 <input type="checkbox"/> De Emergencia Núm. _____ <input type="checkbox"/> En el Servicio sin Oposición. (INDIQUE LA DISPOSICION LEGAL QUE INCLUYE EL PUESTO EN ESTE SERVICIO)																						
11. Fecha de efectividad de Nombramiento: 11 de septiembre de 1970			12. Fecha en que expira el nombramiento si es transitorio o de emergencia 7 de diciembre de 1970			13. Sueldo Mensual: 8 Obvenciones: No Cobran																
14. Anterior Incumbente: Francisco Nuevo Aranda			Título de clasificación del puesto: Mensajero																			
15. Firma de la autoridad nominadora o su representante autorizado: Firma: [Firma] Título: Oficial de Personal Fecha: 3 sept. 1970																						
JURAMENTO DE FIDELIDAD Y DE TOMA DE POSESION DEL CARGO O EMPLEO																						
Yo, Marta M. Marcos de 19 años (Nombre del Funcionario o Empleado) (Edad) (Nombre del cargo o empleo) juro solemnemente que mantendré y defenderé la Constitución de los Estados Unidos y la Constitución y las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico contra todo enemigo interior o exterior; que prestaré fidelidad y adhesión a las mismas; y que asumo esta obligación libremente y sin reserva mental ni propósito de evadirla; y que desempeñaré bien y fielmente los deberes del cargo o empleo que estoy próximo a ejercer. Así me ayude Dios. Jurado y firmado ante mí [Firma] (Funcionario o Empleado) en y para [Firma] hoy día 3 de septiembre del año 1970 AFFIDAVIT NUM. 1119 (Funcionario que toma el juramento)																						
NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA																						
OFICINA DE PERSONAL																						
17. Nombramiento aprobado por: Fecha:			18. Tarjeta: Perforada: Por: Verificada: Por:																			
19. Núm. asignado al empleado		Núm. Historial Personal		CONTADURIA			20. Intervención:		21. Tarjeta Perforada: Por: Verificada: Por:													

Modelo OP-15
Rev. 12 Feb. 70Document Page 9 of 10
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**IMPORTANTE:****INSTRUCCIONES:-
LEA AL DORSO****OFICINA DE PERSONAL
INFORME DE CAMBIO**1. Número del Cambio ~~7054~~
2. Número del Empleado
~~E-60,281~~Antes del Cambio ~~Pro. 432~~

Después del Cambio

Núm.	Cambio a Efectuarse	Puesto Núm. 1119 Circ. 126	Puesto Núm.
3.	Nombre del Empleado.....	Alfira E. Loba Hernández	Ensejero
4.	Título de Clasificación.....	Ensejero	Ensejero
5.	Departamento o Agencia.....	Salud	Salud
6.	División.....	Hospital de Salud	Hospital de Salud
7.	Unidad o Sección.....	Hospital Siguietria	Hospital Siguietria
8.	Dirección (del Trabajo).....	Ponce	Ponce
9.	Dirección (Postal).....		
10.	Estado Civil.....		
11.	Clase de Nombramiento.....	Pro. (d. 8 sept./70)	Pro. (d. junio 30/71)
12.	Sueldo.....	1248.65	1248.65
13.	Descuento para Retiro.....		8.70
14.	Descuento para Ahorro.....		
15.	Descuento para Seguro.....		
16.	Descuento por Préstamos.....		
17.	Descuento por Contribución sobre Ingresos.....		
18.	Cuota para la Cruz Azul.....		
19.	Otros Descuentos.....		
20.	Obvenciones.....		
21.	Fecha de Efectividad.....	23 de febrero/71	1 de marzo /71

22. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Traslado ☐ Descenso ☐ Cambio de Status ☐ Reasignación23. En caso de traslado a otra agencia—Licencia que debe acreditarse: ☐ Para Vacaciones..... días

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Anual Concedida	Fecha de Separación (Ultimo día de pago)
24. Renuncia.....			
25. Separación en Periodo Probatorio.....			
26. Destitución.....			
27. Cesantía.....			

28. Muerte:	Ultimo día de pago:	Participante de Retiro
Fecha..... Hora.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29. Suspensión: Duración De.....		A
30. Licencia sin sueldo: Duración De.....		A
31. Licencia Militar: Duración De.....		A
32. Licencia de Maternidad: Duración De.....		A
33. Licencia Especial para Estudio: Duración De.....		A

34. Reinstalación:
35. Comentarios y Explicaciones (Si necesita más espacio use el dorso) ~~Comentaria antes de cambio por Pro.~~36. En caso de cambio de puesto indique:
Selección de Terna Núm. ~~2617~~ Nombre del anterior incumbente ~~Vacante Original~~
Autorización Núm. ~~2617~~ Examen sin Oposición ☐37. Si el cambio es por traslado, el jefe de la agencia donde se origina el traslado o su representante autorizado firma aquí:
38. Firma del empleado en caso de traslado o cambio de nombre, descenso y cambio de puesto dentro de servicios

Por Oposición Sin Oposición Exento

39. Aprobado por: ~~Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado~~ Fecha ~~2 de marzo/71~~

APARTADOS 40 AL 44 PARA USO DE LA OFICINA DE PERSONAL SOLAMENTE

40. Aprobado por:										41. Tarjeta perforada				42. Inscrito	
Fecha										Por:				Por:	
43. ANTES DEL CAMBIO										44. DESPUES DEL CAMBIO				DEJISE EN BLANCO	
A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub Div.	Asignación	Objeto		
79	111	73	11	75	112	71	111	73	11	-	75	111			

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DE PERSONAL

1. Número del Cambio P-7623
2. Número del Empleado
191980

Antes del Cambio Pres, 432

Después del Cambio

Núm.	Cambio a Efectuarse	Puesto Núm. 0094	Puesto Núm.
3. Nombre del Empleado.....		Mirta R. León Hernández	
4. Título de Clasificación.....		Mensajero	
5. Departamento o Agencia.....		Salud	
6. División.....		Negociado de Salud	
7. Unidad o Sección.....		Hospital Siquiatría	
8. Dirección (del Trabajo).....		Ponce	
9. Dirección (Postal).....			
10. Estado Civil.....		Prob. (d. 1 marzo/71)	Regular
11. Clase de Nombramiento.....			
12. Sueldo.....			
13. Descuento para Retiro.....			
14. Descuento para Ahorro.....			
15. Descuento para Seguro.....			
16. Descuento por Préstamos.....			
17. Descuento por Contribución sobre Ingresos.....			
18. Cuota para la Cruz Azul.....			
19. Otros Descuentos.....			
20. Obvenciones.....			
21. Fecha de Efectividad.....			1 julio/71

22. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Traslado ☐ Descenso ☒ Cambio de Status ☐ Reasignación

23. En caso de traslado a otra agencia—Licencia que debe acreditarse: Para Vacaciones.....días
Por Enfermedad.....días

23. En caso de traslado a otro cargo, ¿cuántos días por enfermedad?	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Anual Concedida	Fecha de Separación (Ultimo día de pago)
24. Renuncia.....			
25. Separación en Periodo Probatorio....			
26. Destitución.....			
27. Cesantía.....			

Participante de Retiro

27. Cuentas:			Ultimo día de pago:	Participante de Retiro
Fecha:	Hora:		A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

28. madre:	Hora	De	A
Fecha			
29. Suspensión:	Duración	De	A
30. Licencia sin sueldo:	Duración	De	A
31. Licencia Militar:	Duración	De	A
32. Licencia de Maternidad:	Duración	De	A
33. Licencia Especial para Estudio:	Duración	De	A

34. Reinstalación: _____

35. Comentarios y Explicaciones (Si necesita más espacio use el dorso) Se acompaña OP-35 debidamente cumplimentada

36. En caso de cambio de puesto indique:

Examen sin Oposición ☐

36. En caso de cambio de Terna, el nuevo Seleccionado de Terna Núm. _____ Nombre del anterior incumbente
Autorización Núm. _____

37. Si el cambio es por traslado, el jefe de la agencia donde se origine el traslado o su representante autorizado firma aquí:

38. Firma del empleado en caso de traslado o cambio de nombre, descenso y cambio de puesto dentro de servicios

Por Oposición	Sin Oposición	Exento
---------------	---------------	--------

39. Aprobado, por: ABELARDO LE COMTE/Oficial de Personal
Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Fecha 18 de junio/71

APARTADOS 40 AL 44 PARA USO DE LA OFICINA DE PERSONAL SOLAMENTE

40. Aprobado por:

41. Tarjeta perforada

42. Inscrito

Fecha

Por:

44. DESPUES DEL CAMBIO

43. ANTES DEL CAMBIO

SIMBOLOS DE CONTABILIDAD

44. DESPUES DEL CAMBIO

A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub Div.	Asignación	Objeto
72	111	73	11	-	75	111							

DIJESSE EN BLANCO